



DER KOMMENTAR VON AUSSEN
VON UNIV.-PROF. DR. DR.H.C. WERNER CLEMENT

DAS HÖCHSTGERICHTSURTEIL: CHANCEN FÜR DIE GESUNDHEITS- FINANZIERUNG AUS EINER HAND?

Mit dem Urteil des Verfassungsgerichtshofs erhält die derzeitige Organisation und personelle Besetzung der Sozialversicherung ein Ablaufdatum. Gleichzeitig eröffnet das Höchstgericht aber Optionen für eine Neuorientierung, welche von den betroffenen öffentlichen Instanzen in den ersten Stellungnahmen durchaus als Chance für konstruktive Dialoge angenommen werden. Nachdem aller Voraussicht nach ein Selbstverwaltungskörper die breiteste Zustimmung erfahren wird, sind dessen Konturen von Grund auf neu zu erörtern, wozu wegen der Handlungsfähigkeit der Geschäftsführung bis Ende 2004 aber keine Hast angebracht ist.

Finanzierung aus einer Hand würde aber auch bedeuten, dass über neue Regelungen für circa 55 Prozent der Gesundheitsausgaben befunden werden muss (gegenwärtig werden nur etwa 45 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben – inklusive aller Finanzflüsse – von der Sozialversicherung finanziert). Schon bei der Gesundheitsreform 1997 war es das Ziel, ein bundesweit einheitliches Finanzierungssystem zu erstellen. Dies wurde laut „Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes zur Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ (2000) nicht erreicht. Die Gesundheitsreform bezog sich nur auf die Krankenanstaltenfinanzierung.

Ein neuer Anlauf steht nun auf jeden Fall vor der Tür. Ebenfalls mit Ende 2004 tritt die zweite Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung außer Kraft. Diese Vereinbarung regelt die Finanzierung der öffentlichen Spitäler (Fondsspitäler), die seit 1997 leistungsorientiert aus den neun Landesfonds (mit länderweisen Unterschieden) finanziert werden. Im Jahr 2002 flossen 3080 Millionen Euro der gesetzlichen Krankenversicherung in die Landesfonds, dies entspricht etwa 60 Prozent der Dotation der Fonds. Die Finanzmittel der Sozialversicherung für öffentliche Spitäler unterliegen einer Deckelung, das heißt, sie bezahlt einen jährlichen Pauschalbetrag an die Landesfonds.

Die Mittel der Landesfonds reichen aber nur für etwas mehr als 50 Prozent der Gesamtausgaben. Die Betriebsabgänge decken die Spitalsträger, zumeist Länder und Gemeinden. Dies erhöht den budgetären Druck der Körper-

schaften erheblich. Möglicherweise ist im Rahmen einer neuen Reformvereinbarung eine Anteilsverschiebung der Finanzausstattung der Landesfonds unumgänglich.

So plausibel aus budgettechnischen Gründen hier eine Vereinheitlichung wäre, sind die damit verbundenen Probleme gewaltig. Eine kurze Liste mag dies illustrieren:

- Bekommt die „Sozialversicherung neu“ volle Finanzierungshoheit auch über die bisher von den Gemeinden, Ländern, vom Bund, et cetera finanzierten Leistungen?
- Wie wird dabei das Hauptproblem des österreichischen Gesundheitswesens, nämlich das Auseinanderfallen von Finanzierung und Verantwortung, behandelt?
- Hat der Hauptverband (wegen der Deckelung) überhaupt ein Interesse, die Zuweisungen an den stationären Sektor zu kontrollieren?
- Wie behandelt man die „Schnittstellenproblematik“? Im niedergelassenen Bereich sowie im Arzneimittelbereich verfügt der Hauptverband (Sozialversicherung) bereits über die Finanzierungshoheit, welche gemäß den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit ausgeübt werden sollte. Die Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Leistungen betrugen im Jahr 2002 2,6 Milliarden Euro oder rund 25 Prozent der Gesamtausgaben, jene für Arzneimittel 2,2 Milliarden Euro oder rund 20 Prozent der Gesamtausgaben. Wie soll die Verteilung in Zukunft aussehen?
- Wie sehen die Anreizmechanismen zu Beitragsleistung einerseits und zur Erhöhung der Ausgabeneffizienz andererseits in einem solchen gewaltigen „Parafiskus“ aus? Wie können überhaupt in einem solchen Gebilde Leistungsanreize durchgesetzt werden? Wer sind die kontrollierenden Instanzen?
- Ist es ratsam, zusätzlich zu einem einheitlichen, parastaatlichen Selbstverwaltungskörper eventuell Konkurrenz zuzulassen, um auf diese Weise Leistungsdruck zu erzeugen?

Dies sind nur Beispiele für einige wichtige Fragen. Derzeit wird an einem großen Wurf zur Gesundheitsreform gearbeitet. Ohne gleichzeitige Neukonzeption der Sozialversicherung würde eine solche Gesundheitsreform wohl nur Stückwerk bleiben.

Univ.-Prof. Dr.
Dr.h.c. Werner
Clement, Institut für
Pharmaökonomische
Forschung